CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE
(1906-1907)

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE MÉDECINE LÉGALE

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur L. BOUSQUET

MONTPELLIER
SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1907

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 1

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur L. BOUSQUET

TITRES

I. TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en médecine (9 janvier 1904).

Lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier :

Prix Bouisson (meilleures études médicales), 1905.

Prix Fontaine (mention honorable), 1905 (meilleures thèses).

Chef de clinique des maladies des enfants (Concours 1904).

II. TITRES HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux de Montpellier (Concours 1897).

Interne provisoire des hôpitaux de Montpellier (Concours 1898).

Interne titulaire des hôpitaux de Montpellier (Concours 1899).

Chargé du service de la consultation des maladies des enfants (depuis le 1er novembre 1904).

INTÉRIMS DANS LES HOPITAUX

Service de la clinique des maladies syphilitiques et cutanées (du 1er juillet au 15 octobre 1905).

Consultation externe des maladies syphilitiques et cutanées (même période).

Service de la clinique des maladies des enfants (du 1er août au 15 octobre 1905 ; du 1er août au 15 octobre 1906).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. ENSEIGNEMENT

Ecole des infirmiers et infirmières (1903) (notions d'anatomie, de physiologie et de médecine).

Service de la consultation des maladies des enfants (Sémiologie, Diagnostic, Traitement), depuis novembre 1904.

Service et consultation des maladies syphilitiques et cutanées (Sémiologie, Diagnostic, Traitement).

II. PUBLICATIONS

A. Médecine générale

1. **Délire cardiaque et ponction lombaire,** avec M. le Dr Ardin-Delteil, chef de clinique médicale (*Bulletin de la Société des sciences médicales de Montpellier*, 1903-1904).

2. **Aspect chirurgical des néphrites chroniques** (*Thèse de Montpellier*, 1904).

3. **Médication mercurielle et perméabilité rénale** (*Journal des Praticiens*, 12 janvier 1907)

B. Pédiatrie

4. **Quelques considérations pathogéniques à propos d'un cas d'hémorragie intestinale chez un nouveau-né** (*Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, 1906).

5. Un cas de syringomyélie chez l'enfant (*Annales de méd. et de chir. infantiles*, 1906).

6. Un cas de tumeur du cervelet avec autopsie chez un enfant (Avec M. Gaujoux, interne des hôpitaux) (*Annales de méd et de chir. infantiles*, 1er janvier 1907).

7. Association hystéro-organique chez l'enfant (Avec M. Gaujoux) (*Annales de méd. et de chir. infantiles*, 15 janvier 1907).

8. Rhumatisme léger; endocardite, péricardite, pleurésie.
   Observation in : H. Michel. De la gravité des localisations cardiaques du rhumatisme chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1905.

9. Choléra infantile et athrepsie.
   Observation in : Léothaud. De la gastro-entérite du nourrisson. Thèse de Montpellier, 1906.

10. Compte rendu de l'année 1905 à la Clinique des maladies des enfants de Montpellier (*Nouveau Montpellier Médical*, 1906).

11. Compte rendu de l'année 1906 à la Clinique des maladies des enfants de Montpellier (Avec M. Gaujoux) (*Nouveau Montpellier Médical*, 1907).

C. Chirurgie

12. Thrombo-phlébite du sinus latéral d'origine otique (Avec M. le professeur Hédon) (*Archives internationales de laryngologie*, 1906).

D. Varia

13. Thèses de Montpellier; documents divers.

A. — MÉDECINE GÉNÉRALE

Délire cardiaque et ponction lombaire (avec M. le Dr Ardin-Delteil, chef de clinique, *Bulletin de la Soc. des Sc. Méd. de Montpellier*, 1903-1904.

La ponction lombaire ayant donné de bons résultats dans plusieurs cas de délire urémique et de délire alcoolique, nous eumes l'idée de pratiquer la même intervention chez un homme de 51 ans, porteur d'une double lésion valvulaire cardio-aortique et présentant au grand complet le syndrome de l'asystolie avec délire violent et confusion mentale. Nous retirâmes 35 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, hypertendu, limpide, sans réaction cellulaire. La disparition presque immédiate du délire et l'amélioration très rapide des symptômes cardiaques nous permettent d'affirmer l'efficacité de l intervention.

La complexité des causes qui interviennent pour réaliser le délire cardiaque ne nous permet pas de préciser le mode d'action de la ponction lombaire en cette circonstance. On peut admettre cependant qu'elle agit en supprimant l'œdéme cérébral, en décomprimant les circonvolutions et le bulbe, en libérant, par conséquent, les centres psychiques et les centres bulbaires d où part l'influx nerveux destiné au cœur.

Aspect chirurgical des néphrites chroniques. *Thèse de doctorat*. Montpellier, 1904.

Nous avions eu plusieurs fois l'occasion d'observer, pendant notre internat dans le service de M. le professeur Tédenat, des malades envoyés dans un service chirurgical et uniquement atteints du mal de Bright. La néphrite chronique peut bien, dans certaines circonstances, être justiciable d'interventions chirurgicales, mais

les malades auxquels nous faisons allusion avaient été l'objet d'erreurs de diagnostic, car certains symptômes du mal de Bright en avaient imposé pour du cancer, de la lithiase rénale, de la tuberculose urinaire, de la cystite, etc.

C'est donc que le brightisme peut revêtir quelquefois des allures plus ou moins dramatiques, peut présenter notamment des hématuries ou des douleurs qui font penser à une affection chirurgicale.

D'où l'idée de faire une thèse de médecine avec des faits observés dans un service de chirurgie, de restituer à la médecine des manifestations cliniques dont la signification exacte avait été méconnue et avait pu laisser croire à une affection chirurgicale

C'est surtout l'hématurie et la néphralgie qui ont retenu notre attention.

Aspect clinique : *1° de l'hématurie.* — Elle peut revêtir tantôt l'aspect rouge vif de la tuberculose ou de la lithiase, tantôt l'apparence foncée ou boueuse du néoplasme ; quelquefois on y retrouve des caillots plus ou moins volumineux, moulés par l'uretère ou épousant la configuration du bas-fond vésical. Des cas de chacune des ces éventualités appartenant au brightisme sont rapportés dans notre travail. Ces hématuries, d'abondance très variable, peuvent se reproduire à des intervalles indéterminés. Nous avons retrouvé des cas où des hématuries qualifiées névropathiques, essentielles ou hémophiliques étaient en réalité dues à la néphrite chronique, ainsi que l'établissaient des examens histologiques dont on n'avait pas tenu grand compte.

2° *De la douleur.* — Elle peut être due à des migrations de caillots. Elle est très variable dans son allure ; tantôt très intense et persistant des années presque sans rémission, tantôt sourde, légère, ou n'apparaissant qu'à la pression de la région.

3° Mais *d'autres aspects* encore peuvent faire adresser le brightique au chirurgien, tel est l'œdème brightique des organes génitaux externes qui, dans notre observation VI, en avait imposé pour une infiltration d'urine ; tout rentra dans l'ordre par le seul traitement médical.

La fréquence de ces accidents au cours du brightisme est assez grande bien qu'il soit difficile de l'évaluer par des chiffres. Il sem-

ble d'après nos recherches qu'ils s'observent de préférence chez la femme et avant 40 ans ; l'influence du froid n'est pas douteuse.

L'anatomie pathologique révèle des lésions variables. Tantôt ces néphrites, qui ont donné lieu aux hématuries et aux douleurs lombaires, revêtent le type du gros rein blanc avec tuméfaction de l'épithélium des tubes contournés et inflammation des cellules des glomérules ; tantôt c'est le petit rein plus ou moins atrophié avec capsule adhérente et prolifération interstitielle oblitérant les glomérules et étouffant les tubuli Enfin les lésions peuvent dans quelques cas être pareellaires et tout à fait minimes. Dans trois de nos observations personnelles, l'examen histologique a révélé deux fois de la néphrite parenchymateuse, une fois de la néphrite interstitielle ; c'est cependant cette dernière qui semble le plus souvent en cause dans les faits que nous étudions.

Pathogénie. L'explication des hématuries semble devoir être cherchée dans la congestion rénale d une part, et d'autre part dans la sclérose et l'endo-périartérite qui favorise les hémorragies dans le rein comme du côté du cerveau, de la rétine ou de la muqueuse nasale.

Les douleurs peuvent être dues quand il y a congestion à des phénomènes d'étranglement un peu comparables à ceux que produit le glaucome et peut-être, dans les reins scléreux à des compressions des nerfs intra-glandulaires.

Le *diagnostic* peut donc quelquefois être difficile

L'examen histologique seul a pu dans certains cas faire rapporter l'hématurie ou la douleur lombaire à sa vraie cause. Il faudra surtout ne pas se hâter de porter le diagnostic d'hématurie hémophilique névropathique ou essentielle. Nous avons pu montrer que certains cas ainsi étiquetés étaient de la néphrite chronique. Il faudra donc penser à cette maladie, et dans les cas nombreux où manquent l'albuminurie et les œdèmes, rechercher la pollakiurie avec polyurie surtout nocturne, l'hypoazoturie, la dyspnée d'effort, le bruit de galop, la dureté du pouls et les autres petits signes du mal de Bright. En tous cas, ne pas recourir à la néphrotomie exploratrice, qui n'est pas sans danger, avant d'avoir épuisé les ressources de la clinique.

Le *pronostic* de la néphrite n'est guère aggravé par ces accidents.

Le *traitement* médical suffira souvent (hygiène générale, régime, alcalins, iodures).

Quelquefois il est impuissant et ces accidents deviennent alors justiciables de l'intervention chirurgicale, avec des procédés différents suivant les cas : néphropuncture, néphrotomie, capsulectomie, néphrectomie.

Nous n'avons pas à développer ce chapitre.

La néphrotomie a pu donner de bons résultats. en supprimant la décompression; on libère ainsi les éléments restés sains, et peut-être même peut-on espérer la régression des lésions inflammatoires encore peu avancées. La décortication d'Edebohls a pu aboutir aux mêmes résultats; de plus elle pourrait assurer une irrigation meilleure de la corticalité du rein, grâce au contact direct établi entre la substance corticale et le système vasculaire péri-rénal.

Médication mercurielle et perméabilité rénale. *Journal des Praticiens*, 12 janvier 1907.

La diminution de la perméabilité rénale, quelque légère qu'elle soit, peut être l'origine d'intoxications graves par les mercuriaux, ainsi que nous avons pu l'observer chez une femme qui, avec des urines hypoazoturiques et quelques petits signes de brightisme, s'était administré 0,65 centig. de calomel. Bien que la dose, prise en une fois, ne parût pas exagérée, elle présenta une stomatite intense et prolongée.

La diminution de perméabilité rénale peut expliquer bien des faits d'intolérance permanente ou passagère, vis-à vis du mercure, de même que la débilité rénale congénitale, récemment étudiée, pourrait être le point de départ de certains faits d'idiosyncrasie familiale, vis-à-vis des composés mercuriaux. Il faut donc, avant d'instituer un traitement mercuriel, surtout s'il s'agit de frictions ou de calomel, rechercher non seulement l'albuminurie mais aussi l'hypoazoturie et les petits accidents du brightisme.

B. — PÉDIATRIE

Quelques considérations pathogéniques à propos d'un cas d'hémorragie intestinale chez un nouveau-né. *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 1906.

A propos d'un cas de mœlena très abondant terminé par la guérison, nous passons en revue les différentes théories qui ont été émises et qui toutes ne sont applicables qu'à un nombre restreint de faits.

La théorie de la *pléthore générale* (médecin anonyme suisse 1816) ne tient pas compte de ce fait que beaucoup de ces petits malades sont au contraire des débilités.

La théorie de la *congestion passive* de Barthez, Sanné, etc., suivant laquelle la stase viscérale serait secondaire à l'asphyxie ou aux malformations du cœur, semble être applicable à bien peu de cas.

Il en est de même des théories qui attribuent le mœlena à des *traumatismes abdominaux* (Bouchut, West), ou à des *hémorragies des centres nerveux* (Pomorski, von Preuschen, Milton Lewis).

Enfin l'*infection* (Klebs, Weigert, Bar, etc.) et la *syphilis* peuvent être responsables de quelques cas.

Dans notre observation, nous avons pu éliminer les circonstances étiologiques précédentes, mais comme l'enfant avait pris, dans les vingt-quatre heures qui avaient suivi sa naissance, 20 grammes de sirop de chicorée malencontreusement administrés par une sage-femme, nous avons fait quelques recherches sur la théorie de l'irritation par les agents tels que les laxatifs ou l'alimentation trop précoce ou trop abondante. Nous avons pu réunir quelques observations anciennes ou récentes dans lesquelles l'hémorragie attribuée à diverses causes nous semblait attribuable à l'administration de

laxatifs. Nous avons donc pensé qu'il conviendrait d'élargir un peu le champ de cette théorie de l'irritation.

Un cas de syringomyélie chez l'enfant *(Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles 1906)*.

Nous relatons un cas de syringomyélie chez une fillette de 6 ans; la maladie remonte au moins à l'âge de 4 ans et se caractérise par des troubles trophiques et la dissociation caractéristique des sensibilités qui siége dans des segments de membres puisqu'elle ne remonte pas au dessus du mollet ni au-dessus de l'avant-bras. Toutefois, dans ces parties, elle semble prédominer en des régions qui revêtent une configuration radiculaire (première et deuxième racines sacrées pour le membre inférieur, cinquième racine cervicale pour le membre supérieur). L'enfant, probablement prédisposée par sa tare nerveuse aux maladies infectieuses, a contracté dans le service une fièvre typhoïde à laquelle elle a succombé.

A propos de ce cas dont les manifestations cliniques et à plus forte raison les lésions remontent à une époque rapprochée de la naissance, nous envisageons l'hypothèse de syringomyélie congénitale, hypothése formulée par Gowers, admise par Schultze et Schlesinger au Congrés de Moscou, et que rendent fort vraisemblable l'observation anatomique de Dufour, les examens pratiqués par Zappert sur des moelles d'embryons de nouveau-nés et de jeunes enfants, et les faits de syringomyélie familiale de Nalbondoff et de Préobrajénsky.

Un cas de tumeur du cervelet avec autopsie chez un enfant (avec M. Gaujoux, interne des hôpitaux). *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 1er janvier 1907.

Nous avons pu observer chez un enfant de 13 ans une tumeur du cervelet dont l'évolution, qui a duré 5 ans, a présenté une allure assez spéciale. Le début s'est fait brusquement par une cécité d'abord passagère puis définitive et due, au moment où nous l'examinons, à une névro-rétinite. Puis, douleurs fulgurantes à la face

antérieure des cuisses; plus tard, crises de céphalalgie avec contracture de la nuque et des membres supérieurs, plus tard encore crises épileptiformes et symptômes bulbaires (glycosurie, vomissements, troubles de la respiration et de la circulation) auxquels il succombe. La ponction lombaire n'avait jamais révélé que l'hypertension d'un liquide normal dans sa composition. A l'autopsie, hydropisie ventriculaire, tumeur volumineuse occupant le lobe gauche du cervelet et comprimant le plancher du 4me ventricule.

L'examen histologique permet de conclure à un gliome dont la structure variait suivant les points : prédominance cellulaire en certaines parties, fibrillaire en d'autres.

Les troubles de l'équilibre n'ont apparu que dans les dernières semaines malgré l'importance des lésions. Les convulsions épileptiformes sont probablement dues à l'hydrocéphalie (Nothnagel).

Les douleurs fulgurantes nous paraissent en rapport avec la névrite que provoquent souvent au niveau des racines postérieures les tumeurs cérébrales (Batten, Collier) et qui semble due soit à l'hypertension, soit à une certaine toxicité du liquide céphalo-rachidien.

Quant à la cécité, elle nous paraît difficile à expliquer dans son allure clinique.

Association hystéro-organique chez l'enfant (avec M. Gaujoux). *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, janvier 1906.

Il s'agit d'une fillette de 6 ans, qui présente de la contracture en flexion du membre supérieur gauche, avec atrophie et raccourcissement des membres supérieur et inférieur de ce côté; les réflexes sont exagérés et les réactions électriques modifiées dans certains muscles du membre supérieur ; ces troubles apparurent à la suite de convulsions de la prmière enfance.

Il s'agit donc d'hémiplégie spasmodique infantile. Mais brusquement, ils subissent une aggravation, d'explication difficile tout d'abord, mais qui, après examen plus attentif, nous parut ressortir à de l'hystérie surajoutée. En effet il y a quelques-uns des stigmates classiques avec du retrécissement du champ visuel ; enfin la persuasion arrive à diminuer notablement la contracture des

membres qui reprennent leur souplesse presque normale pendant le sommeil, quand l'enfant s'agite sous l'influence d'un rêve. C'est donc de l'hystérie survenue chez un hémiplégique spasmodique infantile et ajoutant un trouble dynamique à l'altération organique des centres nerveux. De semblables faits ne sont pas très communs chez l'enfant.

Compte rendu de l'année 1905 à la Clinique des maladies des enfants de Montpellier. *Nouveau Montpellier médical,* 1906.

Statistique portant sur 690 malades observés et traités pendant l'année 1905.

Nous signalons la grande fréquence des maladies dues à l'alimentation vicieuse, et les méfaits du corset que, dans nos pays, l'on inflige déjà aux tout petits.

Compte rendu de l'année 1906 (avec M. Gaujoux). *Nouveau Montpellier médical,* janvier 1907.

Statistique semblable portant sur 825 malades observés et traités pendant l'année 1906. Nous montrons les services que rendent, notamment chez les enfants atteints de gastro-entérite, les œuvres des Enfants à la Montagne et des Nourrissons à la Montagne, instituées à Montpellier.

C. — CHIRURGIE

Thrombo-phlébite du sinus latéral d'origine otique (avec M. le Professeur Hédon). *Archives internationales de laryngologie*, 1906.

Observation intéressante, surtout au point de vue chirurgical, d'otite moyenne chronique en poussée aiguë, ayant provoqué la thrombo-phlébite du sinus latéral avec symptômes d'infection purulente — et guérie par l'évidement pétro-mastoïdien avec ouverture, curettage et drainage du sinus, sans ligature de la jugulaire interne.

D. — CONTRIBUTION A DES THÈSES

POUR LESQUELLES NOUS AVONS FOURNI DES DOCUMENTS DIVERS

Ginsburg. — De l'épilepsie chez l'enfant dans ses rapports avec l'évolution dentaire. Thèse de Montpellier, 1900.

Lafon L. — Contribution à l'étude des arthrites à pneumocoques. Thèse de Montpellier, 1900.

Escoffier. — Contribution à l'étude de la pneumonie et de la broncho-pneumonie chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1901.

Cazeneuve — De la tuberculose des annexes. Thèse de Montpellier, 1901.

M[lle] Teitelbaum. — Quelques considérations sur les rapports des

polynévrites motrices et des polyomyélites antérieures (neuronites motrices inférieures). Thèse de Montpellier, 1901.

Mlle Neymann. — Emploi du sérum gélatiné et du chlorure de calcium dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses. Thèse de Montpellier, 1901

Fasso — Quelques considérations sur la pathogénie de l'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1902.

Marion. — De la sténose pylorique. Thèse de Montpellier, 1902.

Montamat. — Contribution à l'étude des kystes gœrtnériens du col utérin. Thèse de Montpellier, 1902.

Théron. — Photothérapie du lupus. Thèse de Montpellier, 1903.

Mlle Gofschneider. — Des stigmates oculaires et visuels chez les femmes criminelles. Examen de 170 détenues de la maison centrale de Montpellier. Thèse de Montpellier, 1903.

Gazet du Chatelier. — Fièvre de dentition et ses rapports avec la fièvre intermittente. Thèse de Montpellier, 1904.

Michel. — De la gravité des localisations cardiaques du rhumatisme chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1905

Léothaud. — De la gastro entérite du nourrisson. Thèse de Montpellier, 1906.

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI.